

SOLICITUD PARA CUIDADO A LARGO PLAZO O AYUDA MÉDICA RELACIONADA**Instrucciones para la persona que solicita ayuda**

Lea cuidadosamente todas las preguntas antes de completar este formulario y cualquier documento adjunto. Esta información será utilizada para determinar su elegibilidad y necesidad de ayuda. Debe completar todas las preguntas del formulario. Si necesita ayuda para completar o comprender este formulario o para obtener los números del seguro social, comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales del condado donde usted vive. El formulario y los documentos adjuntos, cuando tengan la información completa y firmada por el solicitante o representante autorizado y estén corroborados por testigos tal como se indica, deberán ser devueltos a su oficina local de Servicios Sociales. **Toda la información debe ser verificada. Adjunte copia de todas las verificaciones.**

Sólo para uso interno**N° de caso asignado****N° de ID asignado****Fecha de recepción en la oficina local:****Esta solicitud es para:**

Ayuda para cuidado a largo plazo ___ **Residencia asistida** ___ **Cuidado para adultos** ___ **Otros** _____

1. Información personal

(En letra de molde)

A. Su nombre: _____
 (Primer) (Segundo) (Apellido)

B. Dirección actual: _____
 (Centro de enfermería, hospital, etc.) (Calle) (Ciudad) (Código postal) (Condado)

Domicilio _____
 (Calle) (Ciudad) (Código postal) (Condado)

Teléfono de domicilio (____) _____ - _____

* La información sobre raza, números de seguro social (SSN) y ciudadanía es opcional para la persona que no está solicitando asistencia.

C. Raza (puede marcar más de una)
 Blanco
 Indio americano
 Negro
 Hawaiano
 Asiático

D. Origen étnico
 También
 marque aquí
 si es hispano

E. Fecha de la admisión más reciente a una institución médica, hospital, o centro de enfermería. Mes ___ Día ___ Año ___

F. ¿Por cuántos meses ha pagado usted o alguien más, la tarifa privada por cuidado continuo en cualquier instalación? ___ meses

G. Sexo
 Masculino
 Femenino

H. Fecha de nacimiento
 Mes ___ Día ___ Año ___

I. Estado civil:
 Casado Divorciado
 Soltero Viudo

J. ¿Es usted residente de Dakota del Sur? Sí No
 En el pasado, ¿ha presentado una solicitud para o recibido ayuda de Dakota del Sur? Sí No
 Si su respuesta es sí, ¿en qué condado? _____

K. Número de Seguro Social

L. Número de reclamo a Medicare

M. Número de pensión anual por servicios en la Administración Pública

N. Número de jubilación de empleados ferroviarios

O. Número de beneficios de veteranos
Nombre del veteranoP. ¿Tiene usted Medicare
Parte A? Sí No
Parte B? Sí No

2. <u>Cónyuge</u> (Si estuvo casado anteriormente, responda las siguientes preguntas)		B. Fecha de nacimiento Mes ____ Día ____ Año ____
A. Nombre completo del cónyuge _____ Dirección del cónyuge _____ _____		C. Si es fallecido, fecha del fallecimiento Mes ____ Día ____ Año ____
D. Número de Seguro Social	E. Número de reclamo a Medicare	F. N° de pensión anual por servicios en Admin. Púb.
G. Número de jubilación de empleados ferroviarios	H. ¿Es/fue su cónyuge un veterano? Sí () No ()	I. Número de beneficios de veteranos
3. <u>Dependientes</u> A. Si tiene hijos dependientes que viven en su casa, complete las preguntas siguientes.		
Nombre del niño	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
B. Ingreso bruto del dependiente:		
Fuente _____	Fuente _____	
Suma _____	Suma _____	
Frecuencia _____	Frecuencia _____	
4. Arreglos de vivienda		
A. ¿Usted o su cónyuge tienen gastos de alojamiento? (Pagos de casa, alquiler, pagos por servicios, etc.) Sí () No () Si su respuesta es sí, especifique a continuación el tipo y suma de los gastos. Todos los costos de alojamiento deben ser verificados.		
Tipo de gasto	Suma del pago	Otro
Hipoteca	\$ _____	Saldo a pagar:
Impuestos	\$ _____	Frecuencia de pago
Seguro	\$ _____	Frecuencia de pago
Alquiler	\$ _____	Frecuencia de pago
Gastos de servicios		
[] Calefacción	\$ _____	
[] Electricidad	\$ _____	
[] Aire acondicionado	\$ _____	
B. ¿Alguien paga por los gastos de alimentos o alojamiento por usted o le da dinero para pagar estos gastos? Sí () No () Si su respuesta es sí, especifique a continuación el tipo de gastos y la suma pagada.		
Tipo de gasto	Suma del pago	¿Quién paga?
	\$ _____	
	\$ _____	

5. Información médica

A. Nombre y dirección de su médico principal

B. ¿Ha visitado a su doctor o ha estado hospitalizado durante los últimos tres meses?

Sí () No ()

Nombre y dirección del hospital

C. ¿Está usted solicitando ayuda retroactiva por alguno de los últimos tres meses? Sí () No ()

Si su respuesta es sí, ¿para qué meses?

6. Representante autorizado

A. Si usted está completando este formulario para otra persona proporcione:

Su nombre completo (en letra de molde) _____

Dirección _____

Teléfono (_____) _____

Su título o relación con el solicitante _____

B. Nombre y dirección del familiar del solicitante o amigo que puede ser contactado por información:

Teléfono (_____) _____

7. Tutor legal/Poder notarial

¿Tiene usted un tutor legal (asignado por la corte)? Sí () No ()

¿Tiene usted un Poder Notarial? Sí () No ()

Nombre y dirección de esta persona _____

Su teléfono _____

Fecha de la custodia del Poder Notarial (Mes y año) _____

Proporcione una copia del documento a menos que lo hubiera entregado previamente.

8. Recursos/Bienes

Complete las siguientes preguntas con relación a usted y a su cónyuge. (Incluya todos sus recursos/bienes y aquellos de propiedad de su cónyuge o en propiedad mancomunada con alguien más.)

(NOTA: SE LE EXIGIRÁ COMPROBAR TODA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN)

A. Dinero en efectivo, ahorros en casa, dinero guardado por amigos/familiares Sí () No ()

Descripción:	Propietario(s):	Valor: \$
--------------	-----------------	--------------

B. ¿Tiene dinero en una cuenta de un centro de enfermería? Sí () No ()

Saldo actual:

C. ¿Usted o su cónyuge tienen cuentas corrientes o cuentas del mercado monetario? Sí () No ()

Nombre del banco:	Propietario(s):	Saldo actual: \$ \$ \$ \$	Número de cuenta: 1. 2. 3. 4. ¿La cuenta corriente paga intereses? Sí () No ()
-------------------	-----------------	---------------------------------------	--

NOTA: Se le exigirá adjuntar copias de sus estados de cuenta más recientes

D. ¿Usted o su cónyuge tienen cuentas de ahorros? Sí () No ()

Nombre del banco:	Propietario(s):	Saldo: \$ \$ \$ \$	Número de cuenta: 1. 2. 3. 4.
-------------------	-----------------	--------------------------------	---

E. ¿Usted o su cónyuge tienen certificados de depósito? Sí () No ()

Nombre del banco:	Propietario(s):	Valor actual: \$ \$ \$ \$	Certificado #: 1. 2. 3. ¿Cómo le pagan los intereses? <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semianualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
-------------------	-----------------	---------------------------------------	--

F. ¿Usted o su cónyuge son propietarios de bonos de EE.UU.? Sí () No ()

Descripción:	Propietario(s):	Valor total:	Nº de serie	Fecha de compra
			_____	_____
			_____	_____
			_____	_____
			_____	_____

G. ¿Usted o su cónyuge tienen fondos tales como Keogh o IRA? Sí () No ()			
Describa:	Propietario(s):	Valor total: \$ \$ \$	Nombre y dirección de la institución
H. ¿Usted o su cónyuge tienen fondos en alguna anualidad o plan similar o instrumento legal? Sí () No ()			
Describa:	Propietario(s):	Valor total: \$	Fecha de compra:
I. ¿Su cónyuge o usted están nombrados en algún fideicomiso? Sí () No ()			
Describa:	Propietario(s):	Valor total: \$	Nombre del albacea:
J. ¿Usted o su cónyuge tienen bonos municipales/corporativos o del gobierno? Sí () No ()			
Describa:	Propietario(s):	Valor total: \$	Nombre y dirección de la institución
K. ¿Usted o su cónyuge tienen acciones o fondos mutuos? Sí () No ()			
Describa:	Propietario(s):	Valor total: \$	Nombre y dirección de la institución
L. ¿Usted o su cónyuge tienen una caja de seguridad? Sí () No ()			
Ubicación:	Propietario(s):	Detalle el contenido:	
M. ¿Usted o su cónyuge son propietarios de una casa? Sí () No ()			
Ubicación:	Propietario(s):	¿Quiénes viven en la casa? Monto pagado a la fecha por la casa \$_____	
N. ¿Usted o su cónyuge son propietarios de bienes raíces (terrenos, lotes urbanos, etc.)? Sí () No ()			
¿Está alquilada la propiedad? Sí () No ()	Propietario(s):	Valor: \$	Condado donde está ubicado:
O. ¿Usted o su cónyuge son propietarios de algún edificio o tienen derechos de propiedad (incluyendo derechos minerales o forestales)? Sí () No ()			
¿En dónde? (Condado y estado)	Propietario(s):	Valor: \$	Descripción:

P. ¿Usted o su cónyuge mantienen usufructo vitalicio en alguna propiedad? Sí () No ()			
Dueño(s) de la propiedad:	Condado donde está ubicada:	Valor de la propiedad: \$	Descripción legal:
Q. ¿Usted o su cónyuge tienen bienes raíces en fideicomiso por el gobierno americano (por ej.: terrenos alquilados)? Sí () No ()			
Registro de tribus: Condado	Número de registro:	Ingreso por alquiler anual: \$	Nº de cuenta IIM:
R. ¿Usted o su cónyuge son propietarios de equipo comercial, maquinarias, ganado, antigüedades o colecciones además del mobiliario de la casa? Sí () No ()			
Detalle _____ _____ _____ _____ _____			Valor: \$ \$ \$ \$ \$ \$
S. ¿Usted o su cónyuge vendieron propiedades como contratos de transferencia de títulos? Sí () No ()			
Saldo a pagar en el contrato: \$ _____	Dueño(s) de la propiedad:	Descripción de la propiedad:	
T. ¿Usted o su cónyuge son propietarios de vehículos con licencia y sin licencia tales como automóviles, camiones, motocicletas, botes, vehículos recreacionales (casa rodante, motonieve) o algún otro vehículo? Sí () No () Si su respuesta es sí, complete a continuación.			
Primer nombre y apellido del propietario:	Primer nombre y apellido del copropietario:	Monto pagado a la fecha:	
Año, tipo, marca, modelo del vehículo:	¿Para qué utiliza el vehículo?	Valor: \$	
Primer nombre y apellido del propietario:	Primer nombre y apellido del copropietario:	Monto pagado a la fecha:	
Año, tipo, marca, modelo del vehículo:	¿Para qué utiliza el vehículo?	Valor: \$	

U. ¿Usted o su cónyuge tienen pólizas de seguro de vida? Sí () No () Si su respuesta es sí, detalle las pólizas:					
Nº de la póliza	Nombre de la compañía	Dirección	Propietario de póliza	Valor nominal	Valor en efectivo
V. ¿Usted o su cónyuge tienen algún arreglo financiero tal como contratos, seguros o cuentas designadas para sepelio? Sí () No () Si su respuesta es sí, detalle a continuación.					
<u>Solicitante</u>			<u>Cónyuge</u>		
¿En dónde? _____			¿En dónde? _____		
_____			_____		
Valor nominal _____			Valor nominal _____		
¿Permanece el interés en esta cuenta? Sí () No ()			¿Permanece el interés en esta cuenta? Sí () No ()		
Si la respuesta es no, ¿le pagan el interés a usted? Sí () No ()			Si la respuesta es no, ¿le pagan el interés a usted? Sí () No ()		
9. <u>Propiedades/Bienes en fideicomiso o transferidos</u>					
A. En los últimos treinta y seis meses usted, su cónyuge o alguien a nombre de usted o su cónyuge ha transferido, donado, prestado o hipotecado individual o conjuntamente algún valor tal como dinero, terrenos, edificios, etc.? Sí () No () Si su respuesta es sí, detalle a continuación.					
1. Artículo transferido, donado, prestado o cedido: _____ Fecha de transacción(es): (Mes y año) _____ Valor en efectivo al momento de la transferencia: _____ ¿Qué recibió a cambio? _____ _____					
2. Artículo transferido, donado, prestado o cedido: _____ Fecha de transacción(es): (Mes y año) _____ Valor en efectivo al momento de la transferencia: _____ ¿Qué recibió a cambio? _____ _____					
3. Artículo transferido, donado, prestado o cedido: _____ Fecha de transacción(es): (Mes y año) _____ Valor en efectivo al momento de la transferencia: _____ ¿Qué recibió a cambio? _____ _____					

<p>B. En los últimos treinta y seis meses usted, su cónyuge o alguien estableció una copropiedad en alguna propiedad de bienes raíces suya o de su cónyuge? Sí () No () Si su respuesta es sí, detalle a continuación.</p>	
<p>1. Fecha de la copropiedad: _____ Nombre del copropietario: _____</p>	<p>Tipo de propiedad: _____ Dirección del copropietario: _____</p>
<p>2. Fecha de la copropiedad: _____ Nombre del copropietario: _____</p>	<p>Tipo de propiedad: _____ Dirección del copropietario: _____</p>
<p>C. En los últimos treinta y seis meses un copropietario ha tomado posesión de su participación en alguno de sus activos o los de su cónyuge, tales como dinero, cuentas de ahorros, cuentas corrientes, certificados de depósito, bonos, acciones o algún otro tipo de valor? Sí () No () Si su respuesta es sí, detalle a continuación.</p>	
<p>1. Fecha en que el copropietario tomó posesión de su participación: Mes _____ Día _____ Año _____ Detalle el tipo de activo: _____ Nombre del copropietario: _____</p>	<p>Dirección del copropietario: _____</p>
<p>2. Fecha en que el copropietario tomó posesión de su participación: Mes _____ Día _____ Año _____ Detalle el tipo de activo: _____ Nombre del copropietario: _____</p>	<p>Dirección del copropietario: _____</p>
<p>D. En los últimos treinta y seis meses fueron colocados en fideicomiso por usted o su cónyuge, algunos de sus fondos o propiedades, o los de su cónyuge, o los de alguna otra persona? Sí () No () Si su respuesta es sí, detalle a continuación.</p>	
<p>1. Fecha de establecimiento: _____ Nombre del albacea: _____</p>	<p>Valor: _____ Dirección del albacea: _____</p>
<p>2. Fecha de establecimiento: _____ Nombre del albacea: _____</p>	<p>Valor: _____ Dirección del albacea: _____</p>
<p>E. En los últimos treinta y seis meses, el pago de un fideicomiso (ya sea de ingresos o capital) no ha estado a disposición de usted o de su cónyuge? Sí () No () Si su respuesta es sí, complete lo siguiente:</p>	
<p>Fecha en que se interrumpió el pago o dejó de estar disponible: Mes _____ Día _____ Año _____ Nombre del albacea: _____</p>	<p>Dirección del albacea: _____</p>
<p>F. ¿Alguno de sus ingresos es pagado directamente a un fideicomiso? Sí () No () Si su respuesta es sí, detalle a continuación:</p>	
<p>Fecha en que se estableció el fideicomiso. Mes _____ Día _____ Año _____ Nombre del albacea: _____</p>	<p>Dirección del albacea: _____</p>

10. Seguro médico/Seguro de atención en centro de enfermería			
<p>A. ¿Usted o su cónyuge tienen algún tipo de cobertura por seguro médico? Sí () No () Si su respuesta es sí, complete a continuación para cada persona asegurada.</p>			
Nombre de la compañía de seguros y dirección	Número de la póliza	Tipo de cobertura	Suma de la prima
_____	_____	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Suplementaria de Medicare <input type="checkbox"/> Otra (como Farmacia, Compensación laboral)	Pagado: \$ _____
Nombre del asegurado	Número del grupo		<input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semianualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
Nombre del asegurado	La póliza empezó ____/____/____	Nombre del empleador (si tiene seguro grupal)	_____
Nombre de la compañía de seguros y dirección	Número de la póliza	Tipo de cobertura	Suma de la prima
_____	_____	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Ambulatoria <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Suplementaria de Medicare <input type="checkbox"/> Otra (como Farmacia, Compensación laboral)	Pagado: \$ _____
Nombre del asegurado	Número del grupo		<input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semianualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
Nombre del asegurado	La póliza empezó ____/____/____	Nombre del empleador (si tiene seguro grupal)	_____
<p>B. ¿Usted o su cónyuge tienen algún tipo de cobertura para atención en centros de enfermería? Sí () No () Si su respuesta es sí, complete a continuación para cada persona asegurada.</p>			
Nombre de la compañía y dirección	Nº de la póliza	Persona asegurada	Suma de la prima
_____	_____		Pagado: \$ _____
_____	_____		<input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semianualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
_____	_____		Pagado: \$ _____
_____	_____		<input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semianualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
_____	_____		Pagado: \$ _____
_____	_____		<input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semianualmente <input type="checkbox"/> Anualmente

11. <u>Ingresos</u> (Detalle todos los ingresos y beneficios que usted o su cónyuge reciben de cualquier fuente.)			
Proporcione documentos probatorios de todos los ingresos recibidos.		Detalle la suma de los ingresos. Si no los recibe mensualmente, indique la frecuencia.	
		Usted	Su cónyuge
A. Suma real de su cheque de Seguro Social	Sí () No ()		
B. SSI (Seguro de ingresos suplementarios)	Sí () No ()		
C. Beneficios para veteranos	Sí () No ()		
D. Compensación para veteranos	Sí () No ()		
E. Jubilación de empleados ferroviarios	Sí () No ()		
F. Pensión anual por servicios en la Administración Pública	Sí () No ()		
G. Otra pensión Si su respuesta es sí, detalle el nombre, dirección y número de cuenta	Sí () No ()		
<hr/>			
<hr/>			
H. Anualidades	Sí () No ()		
I. Fideicomisos	Sí () No ()		
J. Pagos del seguro	Sí () No ()		
K. Pagos de IRA/KEOGH	Sí () No ()		
L. Ingresos por intereses (en bonos, cuentas bancarias, CD, etc.)	Sí () No ()		
M. Ingreso por alquileres	Sí () No ()		
N. Ingreso por rentas	Sí () No ()		
O. Ayuda General del BIA	Sí () No ()		
P. Pagos del contrato de transferencia de título	Sí () No ()		
Q. Contribuciones de familiares o terceros	Sí () No ()		
R. Ganancias brutas provenientes del empleo	Sí () No ()		
S. Pagos por apoyo infantil	Sí () No ()		
T. Pagos por pensión alimenticia	Sí () No ()		
U. Ingresos por derechos minerales o forestales	Sí () No ()		
V. Ingresos por propiedad vitalicia	Sí () No ()		
W. Algún otro ingreso	Sí () No ()		

12. Certificado de ciudadanía o estado migratorio

La ley de Control y Reforma para la Inmigración (Immigration Reform and Control Act) (Ley Pública 99-603), y sus modificatorias para la ley de la Reconciliación de la Responsabilidad Personal y la Oportunidad Laboral (Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act) de 1996, exige que toda persona que solicite estampillas para alimentos, TANF o asistencia médica proporcione una declaración de ciudadanía o estado migratorio. Cualquier persona que se niegue o elija no proporcionar información acerca de su ciudadanía o estado migratorio no será elegible para los beneficios, sin embargo la persona puede ser obligada a responder preguntas y remitir documentos probatorios acerca de sus ingresos/recursos, etc. La información de la persona puede afectar la elegibilidad y/o nivel de beneficios de la familia. EXCEPCIÓN: La asistencia de emergencia médica puede estar disponible independientemente de la ciudadanía, estado migratorio o sin tener número de Seguro Social.

Cada solicitante de beneficios por estampillas de alimentos, TANF, o asistencia médica deberá presentar documento probatorio de la ciudadanía americana si está en duda su situación de ciudadana. Los no ciudadanos que soliciten o reciban beneficios deberán mostrar documentación de su situación de inmigrante expedida por el Servicio de Naturalización e Inmigración (INS). Esta prueba será verificada por el Departamento de Servicios Sociales a través del INS. La información recibida del INS puede afectar la elegibilidad de los miembros de la familia y el nivel de beneficios.

Todo miembro que deba establecer su ciudadanía o estado migratorio (de 18 años o mayor) deberá firmar a continuación para certificar la ciudadanía norteamericana o la situación migratoria satisfactoria.

Bajo pena de perjurio, yo certifico mediante mi firma en este documento, que yo y todos los miembros de mi familia somos ciudadanos de los Estados Unidos o extranjeros con situación migratoria satisfactoria:

Detalle el nombre de los solicitantes	Situación*	Firma	Fecha

*Indique la situación de cada persona como: ciudadano, extranjero legal, estudiante, con visa, etc.

ASIGNACIÓN DE APOYO MÉDICO E INGRESOS DEL SEGURO

La solicitud para recibirlo y la aceptación de pagos por asistencia médica de parte del Departamento de Servicios Sociales operará como una asignación y subrogación de cualquiera de los derechos a apoyo médico, ingresos del seguro o ambos que el solicitante o beneficiario pueda tener. Todos los derechos o sumas así asignadas o subrogadas deberán ser aplicados contra el costo de la atención del solicitante o beneficiario.

RECUPERACIÓN DE PATRIMONIO Y DERECHO A EMBARGO POR ASISTENCIA MÉDICA

De acuerdo con las leyes federales y estatales, el Departamento de Servicios Sociales está autorizado a recuperar fondos del patrimonio de los beneficiarios de asistencia médica fallecidos que estuvieron permanentemente institucionalizados o que tuvieran al menos 55 años de edad y por quienes el Departamento hubiera efectuado el pago de los servicios de un centro de enfermería, o servicios de cuidados intermedios para retardados mentales; otros servicios médicos institucionales; servicios basados en la comunidad y el hogar; servicios hospitalarios; y la prescripción de medicamentos. El Departamento de Servicios Sociales está autorizado a recuperar la deuda del beneficiario de asistencia médica de la herencia de un cónyuge sobreviviente. Si un cónyuge sobreviviente desea limitar la suma de la herencia del cónyuge sobreviviente que estará sujeta a la recuperación de la suma pagada por asistencia médica a nombre del beneficiario, el cónyuge deberá presentar una petición dentro de los seis meses de la muerte del beneficiario de la asistencia médica. La petición determinará la suma de la herencia del cónyuge sobreviviente de la cual se puede reclamar la recuperación por los gastos realizados por Medicaid a nombre del solicitante indicado abajo. La petición debe ser presentada en el formulario del Departamento.

De acuerdo con las leyes federales y estatales, el Departamento de Servicios Sociales puede imponer la retención contra la propiedad real de un beneficiario que ha recibido un beneficio del Departamento de Servicios Sociales para los servicios de un centro de enfermería, servicios de cuidados intermedios para retardados mentales y otros servicios médicos institucionales. El Departamento de Servicios Sociales emitirá una notificación separada cuando el Departamento decida imponer una retención. La notificación indicará la suma de la retención y la propiedad real a la que se aplica la retención.

De acuerdo con la ley del estado, el Departamento de Servicios Sociales está autorizado a recuperar cualquier fondo del residente conservado o mantenido en un centro de enfermería o en cualquier otra institución si el residente estuvo recibiendo asistencia médica del Departamento al momento del fallecimiento.

Declaración de privacidad

Los reglamentos de las leyes federales y estatales limitan el uso y divulgación de información confidencial concerniente a los solicitantes y beneficiarios de los programas de asistencia médica para propósitos directamente relacionados a la administración de estos programas. Cuando usted solicita asistencia del Departamento de Servicios Sociales, se le pide proporcionar su número de

Seguro Social en el formulario de solicitud. El Título 42 del Código del Reglamento Federal en su Parte 435.910(a), exige la inclusión de los números de Seguro Social como una condición de elegibilidad para Medicaid. El Departamento usa su número en un proceso computarizado para la determinación de elegibilidad, investigación de fraude a los servicios de bienestar y para auditorías. Los números de Seguro Social también son usados para verificar la información sobre ingresos a través de agencias tales como el Servicio de Rentas Internas, el Departamento del Trabajo y la Administración del Seguro Social, etc. para evitar que una persona o familia reciba beneficios duplicados de cualquier programa, para hacer que los cambios masivos en beneficios sean más fáciles de implementar y para determinar la exactitud y confiabilidad de la información proporcionada al departamento por los solicitantes y beneficiarios de la asistencia.

Verificaciones

La información que usted proporciona al responder a las preguntas de este formulario y la información obtenida por el departamento al verificar sus respuestas se utilizarán para determinar su elegibilidad y el nivel de beneficios. Sus beneficios pueden cambiar de mes a mes, o ser interrumpidos en base a esta información.

Los funcionarios federales y estatales verificarán la información proporcionada en este formulario para determinar si es correcta. Un representante del departamento puede comunicarse con usted o con otras personas para verificar su elegibilidad para asistencia. La información proporcionada también será verificada al cruzar información con otras agencias y sectores privados. Si el personal estatal y federal encuentra que la información proporcionada es incorrecta al momento de verificar la información de esta solicitud, su caso para asistencia médica puede ser denegado o concluido y usted puede estar sujeto a proceso criminal por proporcionar intencionalmente información falsa.

Autorización para suministrar/divulgar información

Por medio del presente documento, autorizo a cualquier persona, agencia o institución a proporcionar la información solicitada por el Departamento de Servicios Sociales concerniente a mi persona o familia y permitir la inspección y reproducción de los registros que tengan a su disposición si lo solicita un representante autorizado del Departamento de Servicios Sociales. Adicionalmente autorizo al Departamento a proporcionar dicha información para los proveedores o agencias cooperantes del estado o federales.

Extiendo esta autorización sólo para ser usada por el Departamento como administrador de sus programas y para ningún otro propósito. Continuará en efecto hasta que yo declare por escrito que ya no procede más.

Con esto libero a cualquier persona, agencia o institución de toda responsabilidad con mi persona y mi familia por proporcionar dicha información.

Garantía de los derechos civiles

Las provisiones de la ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964 y sus modificatorias, también aplican a su caso y los representantes del departamento no pueden excluirlo de participar ni denegarles los beneficios en base a la raza, color, creencias, religión, sexo, discapacidad, ancestros o nacionalidad de origen, ni someterlo a ningún otro tipo de discriminación en cualquier programa o actividad administrado por el departamento. Cualquier persona que sienta que sus derechos civiles han sido violados puede solicitar una audiencia administrativa. También puede presentar una queja por discriminación escribiendo a BOP/DSS, ATTN: HRM, 445 East Capitol, Pierre, SD 57501 o llamando al (605) 773-6941.

Reconocimiento

Yo acepto que cualquier declaración falsa que yo pueda hacer y cualquier omisión de mi parte para informar cualquier cambio de circunstancias que afecte mi elegibilidad de pago de los programas administrados por el Departamento de Servicios Sociales de Dakota del Sur constituyen un delito y que podré ser procesado bajo las leyes criminales de Dakota del Sur.

Yo acuerdo proporcionar cualquier información solicitada por el Departamento de Servicios Sociales concerniente a cualquier activo o herencia que pudiera estar sujeto a retención, recuperación de patrimonio, o recuperación de los gastos de asistencia medica por el Estado de Dakota del Sur.

FIRMAS

El solicitante deberá firmar la solicitud a menos que esté incapacitado o representado por un Tutor Legal (asignado por la corte). Un representante autorizado puede firmar la solicitud a nombre del solicitante incapacitado o fallecido. La huella del solicitante debe ser atestiguada por una persona que conozca al solicitante.

_____ Firma del solicitante o beneficiario	_____ Fecha	_____ Firma del cónyuge	_____ Fecha
_____ Testigo de la huella del solicitante	_____ Fecha	_____ Firma del representante autorizado, Tutor Legal o Poder Notarial	_____ Fecha
_____ Firma del trabajador social	_____ Fecha		